

PLASMA RICO EN PLAQUETAS

1.- ¿Qué es?

El plasma rico en plaquetas es un producto sanguíneo que se puede obtener a partir de su propia sangre a la que se le somete a una técnica que consigue una alta concentración de plaquetas en el preparado sanguíneo.

Este procedimiento consiste en la aplicación del plasma rico en plaquetas, mediante inyección alrededor del tendón (técnica de infiltración peritendinosa), o de partes blandas o dentro de la articulación (intrarticular).

2.- ¿Para qué sirve?

Con el plasma rico en plaquetas se pretende la regeneración tisular (recuperación del tejido tendinoso) y lograr un alivio sintomático.

3.- ¿Cómo se realiza?

Para su preparación se efectúa una extracción sanguínea, se centrifuga la sangre produciéndose la separación de sus componentes y se obtiene el plasma rico en plaquetas. La obtención y aplicación de esta fracción se realiza bajo estrictas condiciones de asepsia. Esta muestra es activada con cloruro cálcico y es aplicada por el médico mediante infiltración.

Pueden realizarse varias infiltraciones con una periodicidad de 1-2 semanas a criterio de su médico según la patología a tratar.

4.- ¿Cuáles son los riesgos?

Riesgos leves y frecuentes:

- Enrojecimiento o dolor en el lugar de punción. Suele ceder en pocas horas con tratamiento sintomático.
- Síncope vasovagal: mareo asociado a sensación de calor, sudor y desvanecimiento. Debe avisar si nota estos síntomas. No es grave y cede espontáneamente y con atropina.
- Infección en la zona de aplicación.

5.- ¿Cuáles son las alternativas?

Analgesia oral, infiltración de anestésico o corticoide.

Si usted o alguna persona autorizada desean mayor información, no duden en consultar a su médico responsable o a cualquiera de los médicos del Servicio que le atienden.

RIESGOS PERSONALIZADOS

.....
.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ley 3/2001, Título II (D.O.G. 8/6/01), modificada por Ley 3/2005 (D.O.G. 21/3/05)

D./Dña. mayor de edad, con
D.N.I.:, vecino/a de calle
..... Nº, teléfono

MANIFIESTO:

Que he sido informado/a por el/la Dr./Dra. en
fecha/...../..... (y que me ha sido entregada una copia de la información) del procedimiento:
..... e igualmente de los beneficios que se esperan
y del tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más frecuentes) y su no realización, así
como de las posibles alternativas según los medios asistenciales de este Centro.

Comprendo toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas
satisfactoriamente.

CONSIENTO:

A los facultativos del Servicio de a que me practiquen el
procedimiento referido (descrito en el anverso) y las pruebas complementarias necesarias. Soy conecedor/a
de que en caso de urgencia o por causas imprevistas podrán realizarse las actuaciones médicas necesarias
para mantenerme con vida o evitarme un daño.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión: Persona que autoriza (familiar o tutor legal)

D./Dña., con D.N.I.:
en calidad de

Firmo dos ejemplares en A CORUÑA, a de de

Firma del paciente

Firma del representante legal

Firma del facultativo

He decidido **REVOCAR** mi consentimiento respecto a la realización del procedimiento referido.

Firma del paciente
(o persona autorizada)

Firma del testigo

Firma del facultativo

(Firmar sólo en caso de revocar el consentimiento previo).

Fecha:/...../.....